



سازمان مرکزی دانشگاه فرنگیان
اداره کل پشتیبانی و رفاه کارکنان

فرم درخواست هزینه های مستقیم سرپایی

شرکت سهامی بیمه ایران
واحد خسارت درمان



نام بیمه شده اصلی :	کد ملی بیمه شده اصلی :	شماره قرارداد : ۱۴۰۱/۷/۳۳۲/۳۳۲/۳
کد پرسنلی :	شماره تماس :	تاریخ تحویل اسناد : ۱۴۰۱/۰۶/۰۱ - ۱۴۰۲/۰۵/۳۱
* شماره پرونده / بسته از سامانه ثبت خسارت مستقیم :		

ریز هزینه ها

*توجه : بیمه شده ی گرامی برای تسهیل و تسریع در پرداخت هزینه، لطفاً اطلاعات هر نسخه را در یک ردیف مجزا و به طور دقیق و خوانا ثبت نمایید.

ردیف	کد رهگیری	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی بیمار	نوع خدمت	تاریخ هزینه	مبلغ پرداختی بیمار	مبلغ مورد تأیید	درصد فرانشیز	مبلغ قابل پرداخت	شماره حواله	تاریخ حواله	توضیحات
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												
۶												
۷												
۸												

نام و امضاء بیمه شده ی اصلی / نماینده بیمه گزار :	تاریخ :	مهر و امضاء کارشناس
توضیحات کارشناس :	تاریخ :	مهر و امضاء بازبین
توضیحات بازبین :	تاریخ :	

*کاربر محترم ثبت هزینه : هر نسخه از هزینه های جدول ، بایستی به صورت نسخه ی مجزا ثبت گردد. (از ثبت تجمیعی نسخ خودداری گردد.)